MARINHA DO BRASIL

HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Rio de Janeiro, RJ, na data da assinatura.

INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADOS – IMR

1. OBJETO

Contratação de empresa especializada em Serviço de Segurança de Trabalho, com a finalidade de implantação do Programa de Gerenciamento de Risco (PGR) e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), no âmbito do Hospital Naval Marcílio Dias.

2. FINALIDADE

O presente Instrumento de Medição de Resultados (IMR) tem por finalidade estabelecer critérios objetivos para avaliação da qualidade dos serviços prestados, possibilitando:

- Verificar o cumprimento das exigências estabelecidas nas Normas Regulamentadoras NR-01 e NR-07, bem como das demais disposições legais aplicáveis;
- Acompanhar o cumprimento dos prazos e das etapas previstas para a execução dos serviços;
- Assegurar que os documentos elaborados estejam em conformidade com as características, condições e necessidades da Contratante;
- Identificar eventuais falhas, inconsistências ou não conformidades na execução dos serviços, possibilitando a adoção de medidas corretivas;
- Subsidiar o recebimento e o pagamento dos serviços, considerando o efetivo cumprimento das obrigações contratuais e os níveis de qualidade exigidos.

3. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada por fiscal de contrato ou, na falta deste, servidor designado para fiscalizar o cumprimento do contrato, mediante análise de documentos apresentados pela empresa, verificação do cumprimento dos prazos estabelecidos, vistoria de conformidade técnica dos serviços prestados e acompanhamento das atividades realizadas previstas no Termo de Referência.

Deverá observar os seguintes critérios:

• Cumprimento dos prazos estabelecidos para realização dos serviços contratados;

• Os serviços devem atender as normas regulamentadoras, exigências técnicas e demais legislação aplicável aos programas;

• Identificar as características das atividades e funções exercidas do HNMD, abrangendo a capacidade e complexidade do ambiente hospitalar, identificando os riscos ocupacionais decorrentes de cada atividade ou função, conforme preceitua

• Entrega integral dos produtos e documentos nos prazos e condições previstas no Termo de Referência;

O resultado da avaliação será utilizado para subsidiar o recebimento dos serviços prestados, autorização para pagamento, e quando cabível, sanções administrativas previstas no contrato.

4. INDICADORES DE DESEMPENHO

A avaliação dos indicadores será realizada conforme indicadores considerando a qualidade dos serviços prestados, cumprimento dos prazos e exigências normativas e legais, conformidade técnica na prestação do serviço e elaboração dos documentos.

Cumprimento dos prazos	Entrega nos prazos estabelecidos pela Administração dos documentos previstos no Termo de Referência.
Conformidade técnica e normativa	Cumprimento das Normas Regulamentadoras e demais legislações aplicáveis
Qualidade na elaboração documental	Entrega dos documentos em conformidade com as normas, tecnicamente fundamentados e compatíveis com as normas.
Atendimento as solicitações de ajustes	Atendimento as solicitações de ajustes e correções solicitadas pela Administração, dentro do prazo estabelecidos.

5. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Cada indicador deverá ser avaliado conforme o nível de atendimento as condições estabelecidas, atendendo a seguinte classificação conforme a pontuação:

Classificação	**Pontuação**
Excelente	90 a100
Satisfatório	75 a 89
Regular	60 a 74
Insatisfatório	Abaixo de 60

A pontuação final obtida corresponde a soma dos pontos obtidos em cada indicador:

100% da pontuação: Atendimento integral ao critério, não sendo identificadas falhas ou inconsistências;

50% da pontuação: atendimento parcial ao critério, há falhas e inconsistências, porém não comprometem integralmente a execução do serviço, mas devem ser corrigidas;

0% da pontuação: não atende o critério, ausência da entrega do resultado e falhas na execução, comprometendo a qualidade ou finalidade do serviço.

6. OCORRÊNCIAS PASSÍVEIS DE REGISTRO

Serão consideradas ocorrências passíveis de registro pela fiscalização, as seguintes:

- Não atendimento ou atraso injustificado na correção de falhas e inconsistências apontadas pela fiscalização na realização do serviço prestado;
- Ausência de identificação ou avaliação dos riscos ocupacionais relativos as funções e aos ambientes de trabalho no âmbito do HNMD;
- Ausência de profissionais legalmente habilitados ou de recursos técnicos necessários à execução dos serviços e assinatura dos relatórios pertinentes;
- Elaboração em desacordo com as Normas Regulamentadoras referentes aos programas PGR e PCMSO;
- Entrega incompleta dos documentos relativos ao PGR e ao PCMSO ou quaisquer outros documentos necessários a elaboração e implantação dos programas previstos;
- Reincidência de falhas anteriormente identificadas e a comunicadas à empresa contratada.

7. GARANTIA LEGAL

Os serviços executados deverão atender o disposto na legislação vigente, em observação a qualidade e correção dos serviços prestados.

A correção por parte da contratada de eventuais erros, inadequações, inconsistências ou falhas na prestação dos serviços, deverá ser feita sem qualquer ônus para a Administração.

8. GLOSAS SUGERIDAS

Será indicada glosa no pagamento, proporcional a irregularidade verificada e ao serviço efetivamente não executado ou executado em desacordo com as Normas Regulamentadoras e a legislação vigente, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a contratada:

- Não alcançou os resultados acordados;
- Deixou de executar, ou não executou com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas;
- Deixou de utilizar os recursos necessários a execução do serviço, ou não utilizou material adequado para realização das medições e identificações necessárias a elaboração da documentação exigida.
- Entregou documentos incompletos ou em desacordo com as especificações e as normas aplicáveis;
- Não realizou no prazo determinado pela Administração a correção de erros ou intercorrências das falhas no serviço prestado, sem prejuízo ou ônus adicional.

9. RESULTADO DA AVALIAÇÃO MENSAL

Mês de Referência: _____

Fiscal do Contrato: _____

Gestor do Contrato: _____

Pontuação Obtida: _____

Percentual de Desempenho: _____

Ocorrências Registradas: _____

Providências Adotadas: _____

10. APROVAÇÃO

Fiscal do Contrato:

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____/ _____/_____

Gestor do Contrato:

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____/ _____/_____

11. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO E DATAS DE UTILIZAÇÃO

Cronograma será determinado conforme a necessidade da Administração.

gov.br
Documento assinado digitalmente
SIDNEY ALVES DE MENDONCA
Data: 12/11/2026 13:56:08-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

SIDNEY ALVES DE MENDONÇA

CC (S)

Chefe do Departamento de Recursos Humanos